

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

n° 159

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

LEVITAN Francis

Né le 28 Novembre 1930 à Paris Xe

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA TUBERCULOSE
DU COLON TRANSVERSE

Président : Mr. JUSTIN-BESANCON, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

THE
HISTORICAL
SOCIETY

OF THE
CITY OF BOSTON

MEMBERSHIP LIST
FOR THE YEAR 1900

THE
HISTORICAL
SOCIETY

Année 1963

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

LEVITAN Francis

Né le 28 Novembre 1930 à Paris Xe
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA TUBERCULOSE
DU COLON TRANSVERSE

Président : Mr. JUSTIN-BESANCON, Professeur

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
	MATHEY (J.)
	DECOURT (J.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	LAMY (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DEGOS (R.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DELAY (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	LENÈGRE (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	GENNES (L. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique	PADOVANI (P.)
Clinique traumatologique	DOMART (A.)
Sémiologie médicale	POILLEUX (F.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	COUVELAIRE (R.)
Clinique urologique (Necker)	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	GABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSET (F.) CHOMETTE (G.) GUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASSE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICCONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	GIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUNAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	DÉROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)		
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TROVER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A nos Parents très chers, à qui je dois ce que je suis.

En témoignage de notre affection très profonde.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152023_0015

A nos frères, Georges et Jacques

A notre Belle-Soeur

A notre Famille

A nos Amis,

A Monsieur le Professeur JUSTIN - BESANCON

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur de présider
cette thèse.

En remerciement et Hommages respectueux.

A notre Maître,

Monsieur le Docteur PARAF

Médecin des Hôpitaux

qui nous a inspiré cette thèse,
qui nous a guidé de ses conseils,

Qu'il trouve ici le témoignage de mes sentiments très reconnaissants.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur SOULIE,

Professeur de la Chaire de Cardiologie à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

Monsieur le Docteur WORMS

Professeur au Collège de Médecine
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur BROUET

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur LELONG

Membre de l'Académie de Médecine

Monsieur le Professeur HAMBURGER

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur CHAMPEAU

Chirurgien des Hôpitaux

I N T R O D U C T I O N

A l'occasion d'un cas de tuberculose bipolaire de colon transverse, nous nous proposons de reprendre l'étude de cette localisation rare de la tuberculose sur le colon.

Nous envisagerons successivement :

- l'aspect clinique,
- l'aspect radiologique,
- les difficiles problèmes diagnostiques que cette localisation soulève

Nous verrons aussi le problème posé par la persistance des images radiologiques, malgré le traitement anti-tuberculeux, longtemps poursuivi.

O B S E R V A T I O N S

Nous rapporterons tout d'abord notre observation :

Mme D..... R..... 49 ans, est envoyée le 29 juillet 1959 dans le service du Dr. J. CAROLI, par le Dr. DE LUNA pour diarrhée.

Depuis l'enfance existe une tendance à la diarrhée survenant par périodes de deux ou trois jours.

A partir de 1958, il y a plusieurs selles par jour constamment liquides. En septembre 1958, en février et en juin 1959, surviennent des épisodes de cinq à huit jours avec des selles très nombreuses, jusqu'à douze par 24 heures, sans glaires ni sang, mais accompagnées de douleurs abdominales diffuses et lors du dernier épisode, de fièvre à 38° - 38°5. Une constipation très marquée suit des épisodes diarrhéiques.

En un an, l'amaigrissement est de 11 kg.

Du 29 juillet au 10 août, la température oscille entre 37° et 38°.

La palpation de l'abdomen permet de sentir le colon transverse.

Le reste de l'examen est entièrement normal.

La rectoscopie est normale jusqu'à 15 cm.

L'examen des selles montre l'absence de parasites.

Culture sur milieux SS et Chapman : absence de salmonella, de shigella de proteus, de staphylocoques.

Les radiographies du colon par lavement baryté montrent une image en virole sur l'angle droit et aussi une zone rétrécie mais dont les contours sont réguliers en amont de l'angle gauche.

Un nouvel examen fait quelques jours plus tard après injection de dibromure d'atropine montre que la baryte ne peut franchir l'angle gauche.

Le diagnostic de tuberculose avait été envisagé par le Dr. J. CAROLI. La malade n'avait aucun antécédent tuberculeux; elle avait subi en 1939, une hystérectomie.

La radiographie pulmonaire était normale.

Les bacilles de Koch n'ont pas été recherchés dans les selles.

L'hémogramme montrait :

- . hématies : 4.550.000
- . leucocytes : 8.200 dont 73 % de polynucléaires neutrophiles
- . vitesse de sédimentation : 1 heure : 13 mm
- 2 heure : 30 mm

Le 12 aout 1959, intervention par le Dr. COUINAUD pour double sténose angulaire du colon :

"Incision transversale de l'abdomen à un travers de doigt en dessous de l'ombilic.

Libération facile d'adhérences épiploïques. Il n'existe pas de métastases hépatique, ni péritonéale. On trouve assez difficilement la sténose de l'angle splénique. Il s'agit d'une lésion qui semble extérieurement peu destructive et qui est très molle à la palpation.

Les ganglions régionaux semblent indemnes.

La lésion de l'angle hépatique du colon est de la même nature, non indurée, sans adénopathie satellite.

Il semble exister une troisième lésion de même ordre au niveau de la partie externe.

Hésitant à faire une colectomie presque totale pour une lésion peut-être bénigne, on décide de faire dans le premier temps des biopsies : prélèvement des granulations au contact de la lésion droite, colotomie au niveau de la lésion gauche.

On se rend compte alors qu'il s'agit d'une hypertrophie de la muqueuse et de la sous-muqueuse avec prolifération polypoïde presque circulaire. Deux prélèvements biopsiques à ce niveau".

Suites opératoires simples.

Examens histologique (Dr. J. ETEVE) :

Sur les deux biopsies, aussi bien celle de droite que celle de gauche, on observe des lésions inflammatoires siégeant dans le chorion des glandes et dans la sous-muqueuse. Le revêtement épithélial glandulaire est strictement normal. Ces lésions sont représentées par des formations nodulaires dont le centre est nécrotique, d'aspect caséux, et dont le pourtour apparaît réticulaire, lymphoïde avec des plasmodes. Bien que la nécrose soit limitée et que l'aspect du caséum ne soit pas très typique, le diagnostic le plus probable est celui d'une tuberculose extrêmement torpide".

Dès le diagnostic histologiquement connu, la malade est mise au traitement antituberculeux (Streptomycine 1 g., P.A.S. 15 g. par perfusion veineuse, Isoniazide 30 ctg. par jour) pendant deux mois. Pendant les deux années suivantes, le traitement sera poursuivi avec Isoniazide et P.A.S. per os.

L'amélioration est remarquable. En un an la malade reprend 10 kg. La température est normale ainsi que la vitesse de sédimentation : 1 heure : 3 mm, 2 heure : 7 mm (le 18 juin 1961).

Si les épisodes diarrhéiques ont disparu, il y a encore fréquemment une selle liquide par jour.

Mais les examens radiologiques successifs faits régulièrement deux fois par an montrent que peu de modifications par rapport à l'examen initial. Le 20 février 1962, soit après deux années de traitement, les radiographies après lavement baryté montrent toujours un bouleversement morphologique du colon transverse dont les contours sont irréguliers, ayant perdu toute segmentation et ayant à ses deux extrémités un rétrécissement régulier.

La malade a encore été revue en excellent état en Octobre 1962 ayant une selle par jour, le plus souvent moulée.

En résumé : il s'agit d'une femme de 49 ans, ayant depuis un an par périodes de 5 à 8 jours, une diarrhée faite de dix à douze selles par jour, liquides, sans glaires ni sang, avec douleurs abdominales diffuses et une seule fois fièvre à 38° 5. Une constipation très marquée alterne avec des épisodes diarrhéiques.

A noter l'absence de tout antécédent pathologique en particulier pulmonaire, mais une altération de l'état général avec un amaigrissement de 11 kg en un an.

Deux séries de radiographies du colon par lavement baryté montrent un rétrécissement en virole du transverse près de l'angle droit et une deuxième zone rétrécie à contours réguliers en amont de l'angle gauche. On intervient donc pour une double sténose angulaire du colon. Les deux lésions de l'angle hépatique et splénique sont peu obstructives et de consistance molle, il n'y a pas d'adénopathies satellites.

C'est l'examen histologique des biopsies prélevées dans les deux lésions qui montrent des formations à centre nécrotique d'aspect caséux entourées de cellules réticulaires, lymphoïdes et de cellules géantes de type Langhans.

Un traitement antituberculeux est poursuivi pendant deux ans. L'amélioration clinique est rapide et remarquable. Trois ans après l'intervention la malade est en excellent état et n'a plus qu'une selle par jour.

Mais les images radiologiques de rétrécissement aux deux angles du colon transverse persistent.

Nous ne résumerons pas tous les cas de la littérature.

Nous citerons aux différents chapitres certaines observations qui illustrent des points particuliers.

Mais nous résumerons à la suite de notre observation personnelle, les deux de SEZNEC et celle de RHOADES, qui sont très voisines de la nôtre.

La première observation de SEZNEC (J.R.) est la suivante

Il s'agit d'un homme de 59 ans, qui est vu en 1956 pour une diarrhée, celle-ci est apparue dès 1951 et est devenue plus importante en 1953.

Comme antécédents : il existait un éthylysme certain, mais pas d'antécédents tuberculeux. En revanche la fille du malade avait fait en 1953, une sacro-coxalgie.

Le lavement baryté montre une sténose très serrée de la portion médiane du colon transverse évoquant un cancer du colon.

A la radiographie du thorax : point infiltrant sous-claviculaire d'allure non évolutive .

L'intervention est pratiquée en septembre 1956, elle révèle :

"une tumeur enflammée, infiltrante isolée. Résection en bloc de 26 cm de colon transverse centrée par la tumeur. Anastomose termino-terminale. Caecostomie de décharge. Suites normales.

Le malade est mis à un traitement de 6 comprimés d'Isoniazide par jour, pendant deux mois. L'amélioration clinique persiste. Mais en 1957, il fait un ramollissement cérébral et devient grabataire.

A l'examen anatomo-pathologique : masse pseudo-tumorale constituée par un épaississement de la paroi, infiltré de follicules tuberculeux typiques. La muqueuse est ulcérée et remplacée par un tissu de granulations. Dans la sous-muqueuse, nombreux follicules tuberculeux qui pénètrent dans la musculature et gagnent même la séreuse. Réaction fibreuse très importante : sclérose d'encerclement donnant à cette néoformation un aspect squirrheux.

Il est retrouvé des bacilles de Koch sur la coupe.

La deuxième observation est celle d'une femme de 62 ans, vue pour un syndrome pseudo-occlusif.

Au lavement baryté, sténose typique de la partie droite du colon transverse à quelques centimètres de l'angle droit, et aspect douteux du colon droit et du caecum. Le diagnostic porté est celui de cancer du colon transverse.

L'intervention montre l'aspect d'un cancer en ficelle, envahissant et très mobile. Le fond du caecum est épaissi et suspect.

Il est fait une hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale iléo-transverse. Il est retrouvé des gros ganglions dans les mésos mais qui n'ont pas d'aspect néoplasique. L'examen anatomo-pathologique devait révéler qu'il s'agissait de lésions typiques de tuberculose.

Les suites opératoires furent bonnes au début, mais la malade après un décollement de la rétine fit un collapsus brutal et irréversible.

L'observation de RHOADES (E.R.) et coll. est la suivante :

Il s'agit d'un homme de 55 ans, qui est vu en Novembre 1958, pour des coliques abdominales basses, s'accompagnant de diarrhée, par crises de deux à trois jours, entrecoupées de trois jours de calme. Le café aggrave la douleur et entraîne une brûlure abdominale généralisée, rapidement calmée par la prise d'aliments. La température est normale, mais il existe de l'anorexie et un amaigrissement notable. La palpation ne révèle aucune masse abdominale.

A la rectoscopie : muqueuse normale jusqu'à 16 cm, où il est vu de nombreuses ulcérations avec membranes difficiles à détacher.

Histologie : muqueuse inflammatoire. Dans la couche musculieuse, il est retrouvé quelques discrets granulomes contenant de multiples cellules géantes et des cellules épithélioïdes. Ces modifications suggèrent la tuberculose.

La radiographie des poumons montre une infiltration nodulaire extensive des parties supérieures des deux champs pulmonaires.

La radiographie de l'estomac et du grêle est normale

Le lavement baryté : il existe trois zones rétrécies sur le colon, une à la portion distale du colon transverse, deux à la portion supérieure du colon descendant.

Le diagnostic envisagé est celui de cancer du colon, chez un malade atteint d'une tuberculose pulmonaire évolutive.

Le traitement antituberculeux (Isoniazide et P.A.S.) est institué et amène une amélioration générale. Mais les troubles intestinaux persistent.

Un nouveau lavement baryté est pratiqué : les images sont identiques mais les rétrécissements ont l'air plus serrés.

A l'intervention on découvre sur le colon à 6 cm à gauche de l'artère colique moyenne une zone d'induration marquée avec de nombreux tubercules sur la séreuse du colon transverse. On trouve une zone semblable à 12 cm au-dessous de

l'angle splénique. Dans ces deux zones le colon est le siège d'une sténose serrée. Juste au-dessus du péritoine pelvien, nombreux tubercules mais le colon à une lumière normale. Il est pratiqué une résection de 16 cm et une anastomose du colon.

Histologie : Dans les zones rétrécies, ulcération de la muqueuse. Très important tissu conjonctif richement vascularisé; la paroi est infiltrée de cellules inflammatoires et les tissus au-dessous de la couche musculaire montre de nombreuses cellules épithéloïdes et des cellules multinucléées formant des tubercules concentriques.

Les cultures sont négatives (mais le malade avait eu un traitement de six semaines d'Isoniazide et de P.A.S.) il n'y a pas eu d'inoculation au cobaye.

Les suites opératoires ont été simples et le malade a repris 4, 500 kg en quatre semaines.

HISTORIQUE

Nous ne rappellerons pas l'historique des tuberculoses du grêle et des tuberculoses du caecum qui ont faits l'objet de nombreux travaux.

Nous retiendrons surtout les localisations tuberculeuses du colon au-delà du caecum, essentiellement celles du colon transverse.

André CAIN et MONNEROT-DUMAINE dans leurs important mémoire sur les colites ulcéreuses tuberculeuses citent les travaux de BEZANCON et LAPOINTE. Ces auteurs en 1898 ont montré que la tuberculose hypertrophique qui est d'observation courante sur le caecum peut s'observer en d'autres points du gros intestin et que ces localisations coliques sont parfois sténosantes.

CLAUDE, la même année établit l'existence de types intermédiaires. Il rapporte un cas de lésions hypertrophiques et ulcéreuses, ou l'hypertrophie est modérée, localisée aux zones ulcérées, et sans sténose consécutive. SOUPAULT et BUCAILLE en 1954 à propos de deux cas de tuberculose du colon transverse insistent sur les difficultés du diagnostic radiologique.

Plus récemment citons l'étude de DEPAULIS (J.) et SEZNEC (J.R.) et la thèse de ce dernier à Bordeaux sur les sténoses tuberculeuses du colon dont il rapporte deux cas personnels et l'étude de RHOADES (E.R.), KLEIN (L.J.) et coll.

qui mettent bien en valeur les difficultés diagnostiques avec le cancer colique.

Mais dans la plupart des cas que nous avons retrouvés, la lésion colique coïncidait avec une lésion pulmonaire évolutive.

Dans notre observation comme dans les deux cas de SEZNEC toute autre localisation et tout antécédent tuberculeux faisait défaut.

oOo

ETUDE CLINIQUE

L'étude de notre observation personnelle et de celles de SEZNEC et de RHOADES, montrent que :

- les troubles digestifs révélateurs n'ont rien de spécifiques
- la diarrhée ne revêt aucun type caractéristique : il peut s'agir d'une forme légère avec une ou deux selles liquides où d'une série de débâcles entrecoupées de phases normales où de phases de constipation avec quelques coliques comme dans notre observation, plus rarement d'une diarrhée qui prend d'emblée un caractère permanent et résiste à tous les traitements.
- les douleurs sont inconstantes, le plus souvent cependant elles existent, imprécises, sourdes, localisées dans la fosse iliaque droite ou en barre, transverse dans la région sus-ombilicale. Ce sont aussi des pesanteurs avec état nauséux : elles n'ont en elles-mêmes aucun caractère qui puissent faire évoquer la suspicion d'une tuberculose colique en l'absence de notion de tuberculose évolutive ou d'un antécédent tuberculeux patent.
- Les hémorragies sont exceptionnelles : quand elles surviennent, elles sont uniques et abondantes.

Dans d'autres cas il s'agit d'un syndrome occlusif succédant à une longue période d'alternance de diarrhée et de constipation.

A ces troubles s'associent toujours des symptômes généraux; ceux-ci lorsqu'ils sont au premier plan du tableau clinique, exposent à de nombreuses erreurs diagnostiques.

- Quant à l'examen de l'abdomen, dans la majorité des cas il ne révèle rien. S'il est fréquent de palper une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, en cas de tuberculose iléo-caecale, il n'en est pas de même dans le cas de la tuberculose du colon transverse, sauf, dans les cas de LEPLAT (M.) et RANDAL ou il s'agit de l'association de tuberculose et de cancer.

Dans tous les cas, seule l'ancienneté des troubles peut faire douter du diagnostic de cancer colique avec lequel on intervient en présence de tels signes. Ni les examens biologiques, ni même le lavement baryté n'ont permis jusqu'ici de poser le diagnostic pré-opératoire, sauf dans notre observation où le diagnostic de tuberculose avait été envisagé par le Docteur CAROLI (J.)

ETIOLOGIE TUBERCULEUSE

La tuberculose intestinale est classiquement presque toujours secondaire à une tuberculose pulmonaire évolutive.

Mais dans notre cas, on ne retrouvait aucun antécédent tuberculeux et la radiographie pulmonaire était normale.

Dans les cas de SEZNEC, il n'y avait pas non plus d'antécédent tuberculeux à mais dans une observation il faut noter que la fille du malade avait fait auparavant une sacro-coxalgie.

De même SAUPOULT rapporte deux cas de tuberculose du colon transverse sans antécédent où accident tuberculeux évolutif.

QUENU, dans les tuberculoses iléo-caecales, en retrouve une fois sur trois.

Dans le cas de RHOADES, il existait une tuberculose pulmonaire évolutive avec infiltrations nodulaires extensives de la partie supérieure des deux champs pulmonaires.

Dans aucun des cas dont nous ayons eu connaissance les bacilles de Koch ont été recherchés dans les selles. De plus nous n'avons aucune notion sur l'origine du bacille tuberculeux humain ou bovin.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Les résultats des examens complémentaires sont de valeur inégale

1) - La recherche des bacilles de Koch dans les selles, est un examen fondamental, chez les malades qui n'ont pas une expectoration bacillifère ou qui sont exempts de tuberculose pulmonaire. En revanche chez les tuberculeux pulmonaires évolutifs l'existence de bacilles de Koch dans les selles est de peu de valeur étant donné la déglutition des crachats.

2) - La numération, formule sanguine est la plus souvent normale.

3) - La vitesse de sédimentation est souvent accélérée mais elle ne peut apporter aucun élément d'orientation étiologique.

4) - La rectoscopie peut montrer comme dans le cas de RHOADES, des lésions recto-sigmoïdiennes.

5) - Il est naturellement indispensable de rechercher les antécédents tuberculeux mêmes lointains :

- . date de la primo-infection et ses manifestations
- . tuberculose ganglionnaire ou osseuse
- . tuberculose génito-urinaire

On fera systématiquement :

- radiographies pulmonaires,
- tomographies
- urographie intraveineuse, car on sait la latence clinique

des tuberculoses rénales.

oOo

ETUDES RADIOLOGIQUES

Dans notre cas, les radiographies du colon par lavement baryté montraient une image en virole sur l'angle droit et une zone rétrécie à contours réguliers en amont de l'angle gauche.

Un nouvel examen fait quelques jours plus tard après injection d'atropine montrait que la baryte ne pouvait franchir l'angle gauche.

Il faut insister sur le fait que ces rétrécissements étaient extrêmement limités et que, presque à leur contact la muqueuse colique gardait sa souplesse. Ces constatations radiologiques ont été vérifiées par le chirurgien qui souligna la consistance molle des lésions.

Dans les deux cas de SEZNEC, une fois, on retrouvait une sténose très serrée de la portion médiane du colon transverse, (image unique et non pas bipolaire comme dans notre observation,) dans le deuxième cas le lavement baryté montrait une sténose typique de la partie droite du colon transverse, à quelques centimètres de l'angle droit. De plus il existait un aspect douteux du colon droit et du caecum.

Dans l'observation de RHOADES on retrouvait trois zones rétrécies une sur le colon à la portion distale du transverse, deux à la portion supérieure du colon descendant.

Dans un cas de HARDOUIN, il s'agissait d'une tuberculose colique, avec quatre localisations.

En résumé, ce qui domine, c'est l'image de sténose plus ou moins irrégulière et serrée - image du cancer "en ficelle".

Mais il faut insister sur l'étendue du rétrécissement, la souplesse des zones avoisinantes et surtout la bipolarité où même la multiplicité lésionnelle.

oOo

D I A G N O S T I C

Le diagnostic est essentiellement radiologique et chirurgical.

Mais en présence d'un syndrome colitique, avec diarrhée, douleurs abdominales, chez un sujet ayant des antécédents tuberculeux - a plus forte raison chez un tuberculeux pulmonaire évolutif, il faut penser à la tuberculose intestinale.

D'après les images radiologiques, en faveur de la tuberculose, on peut retenir, comme dans notre cas :

- . la très faible étendue du rétrécissement
- . la souplesse en amont et en aval de la muqueuse
- . et surtout la bipolarité de la lésion

En effet ces caractères étaient particulièrement nets dans notre observation, et se retrouvent également dans l'observation de RHOADES.

Mais il faut dire que ce critère de la double localisation lésionnelle en faveur de la tuberculose s'il est un élément intéressant à retenir, n'est cependant pas absolu.

On connaît en effet l'existence de cancers multiples du colon.

L'observation de TERQUEM, BANZET (P.) et coll. est particulièrement démonstrative et montre que même au cours de l'intervention la deuxième localisation peut être méconnue.

Nous résumerons ici l'observation d'un cas de cancer double du colon :

Il s'agit de Mme H.... 47 ans, qui consulte en Février 1958, pour des rectorragies. L'examen clinique était normal, le lavement baryté montrait (une zone rétrécie, irrégulière, mal injectée et très suspecte sur le sigmoïde distal)

L'intervention devait révéler un aspect macroscopique de tumeur villositaire pour laquelle il fut fait une résection segmentaire du colon gauche. L'examen histologique devait confirmer qu'il s'agissait bien d'une tumeur villositaire dégénérée. Au cours de l'intervention la palpation de tout le cadre colique n'avait révélé aucune autre lésion. De mars à août 1958, la malade ne présentait aucun trouble. A la mi-août, elle fait un méleena, puis présente ensuite des douleurs abdominales et des rectorragies. Le lavement baryté montre un petit rétrécissement de la jonction colo-sigmoïdienne (séquelles opératoires) et un aspect normal sur le reste du colon.

L'intervention était néanmoins décidée et pratiquée par le Docteur TERQUEM. A l'intervention : pas de récurrence, mais un petit point ecchymotique sur l'ancienne suture et ganglions importants du pédicule mésentérique inférieur qui sont prélevés.

L'exploration avant fermeture devait faire découvrir un tout petit cancer du bas fond caecal.

L'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome liéberkuhnien très différencié.

En résumé : chez une malade de 47 ans, fut découvert et opéré successive-

ment deux tumeurs malignes simultanées, l'une sigmoïdienne (tumeur villeuse dégénérée), l'autre caecale (adéno-carcinome liéberkuhnien).

Dans le cas particulier la coexistence de ces deux tumeurs fut méconnue radiologiquement.

Des cancers multiples ont faits l'objet de divers travaux et si les tumeurs doubles sont les plus fréquentes, on retrouve des cas de trois, quatre, voire cinq tumeurs malignes chez un même malade.

Les critères pour exiger l'indépendance de chaque tumeur et son caractère primaire sont :

- . la séparation anatomique de chaque tumeur par un intervalle des parois saines.
- . histologiquement l'existence à la limite de la tumeur et de la muqueuse d'une zone de transition présentant des signes de transformation in situ.

Dans une revue de la littérature et une étude de 201 cas à la Mayo Clinique, MOERTEL, BARGEN et DOCKERTY sur 6012 cancers coliques, trouvent un pourcentage de formes multiples de :

- . 4, 2 % chez l'homme
- . 4, 5 % chez la femme.

Au total, on voit donc l'importance des cancers multiples du colon. Ceux-ci par l'existence de lésions bipolaires peuvent simuler la tuberculose.

Mais il est des cas encore plus difficile où on trouve associés sur le colon, une lésion tuberculeuse et un néoplasme.

Michelle LEPLAT, dans sa thèse, rapporte un cas d'association de tuberculose et de carcinome du colon transverse.

Nous résumons brièvement son observation :

Madame D... 66 ans, est vue en janvier 1961, pour des troubles du transit intestinal, des douleurs de l'hypocondre droit et un amaigrissement. Dans ses antécédents, on retrouve en 1937, une hystérectomie totale, compliquée d'abcès pelvien, en 1950, des troubles intestinaux rapportés à une colite après un lavement baryté. En septembre 1960, elle présente de la fièvre et des douleurs thoraciques. Les radiographies pulmonaires montrent une pachypleurite des deux sommets et de scissure moyenne droite, sans image évolutive. Il n'y avait pas de bacille de Koch dans l'expectoration. A l'examen clinique, il existait des signes pulmonaires, toux et dyspnée et un amaigrissement important de 15 kgs. Dans l'abdomen, on retrouvait au niveau de l'hypocondre droit, une tumeur grosse comme un poing, douloureuse, irrégulière, dure, avec ébauche de réaction pariétale. Le reste de l'examen clinique était négatif. Parmi les examens complémentaires on ne relevait qu'une vitesse de sédimentation à 45 mm à la première heure, et 90 mm à la deuxième heure. Au lavement baryté, on retrouvait au niveau du tiers droit du colon transverse un rétrécissement central, serré à pic, à bords rigides et irréguliers, puis une dilatation sus-stri-turale. A noter une image opaque de l'hypocondre droit de siège vésiculaire.

Le diagnostic évoqué était celui de sténose cancéreuse du tiers droit du colon transverse avec lithiase vésiculaire.

Une accentuation des signes pulmonaires fait surseoir à l'intervention.

Puis il survient une amélioration fonctionnelle et la malade reste cinq mois sans consulter. Elle fait une occlusion intestinale aiguë en mai 1961. L'intervention a lieu le 12 mai : on découvre au niveau du tiers droit du colon trans-

verse une tumeur dure, bosselée, très sténosante, du volume d'une mandarine, mobile sans infiltration excessive du méso-colon. L'absence de préparation et l'ancienneté de l'occlusion (cinq jours) font préféré une hémicolectomie droite d'emblée à une iléo-transversostomie avec exclusion du colon droit.

La seconde intervention a lieu le 7 juillet 1961. On fait une hémicolectomie droite, et une cholecystectomie en raison de la lithiase vésiculaire.

Au cours de celle-ci on découvre au dessous du confluent hépatocystique un ganglion du volume d'un pois, à la surface duquel apparaissent trois ou quatre zones blanchâtres, sa consistance est molle, une péri-adénite le fixe aux organes voisins, il est unique. Ce ganglion paraît donc plutôt inflammatoire que cancéreux avec une forte présomption étant donné les antécédents, en faveur d'une atteinte tuberculeuse. Il est laissé en place en raison des difficultés de dissection. La malade est mise au traitement antituberculeux sans attendre le résultat des examens histologiques.

Celui-ci devait montrer qu'il s'agissait d'un épithélioma colique du groupe A. de DUKE sans atteinte des ganglions, mais avec une association d'une tuberculose folliculaire. En effet, l'examen histologique montrait bien au contact des éléments néoplasiques des ilots nettement folliculaires, comprenant des cellules allongées et fusiformes typiquement épithélioïdes. Parmi ces cellules des éléments plus volumineux, multinuclées correspondant à des cellules géantes de LANGHANS dont les noyaux en demi couronne ont une disposition caractéristique. On ne retrouvait nulle part de nécrose caséuse. Au total, l'association d'une tuberculose à ce cancer colique a été décelé par l'examen histologique.

Dans sa thèse, LEPLAT (M.) rapporte un autre cas d'association de tuberculose et de cancer au niveau de l'angle splénique, observation de RANDALL et SPALDING :

Il s'agissait d'une malade de 67 ans, sans antécédent tuberculeux vu pour de l'anorexie et des vomissements, de la diarrhée et des douleurs de l'hypocondre gauche. L'examen retrouvait une tumeur sous le rebord costal gauche. Le lavement baryté montrait une sténose en amont de l'angle gauche, faisant conclure à une tumeur maligne opérable.

L'examen macroscopique devait montrer un aspect de carcinome au centre de la tumeur et de granulomes tuberculeux à la périphérie.

L'examen histologique faisait confirmer les images d'adéno-carcinome et de follicules tuberculeux typiques nécrosés. Les ganglions étaient atteints par le processus tuberculeux, mais non envahis par les cellules néoplasiques. Les B.K. étaient retrouvés sur les lames après Ziehl dans la tumeur et dans les ganglions.

Au total, c'est là encore, seul, l'examen histologique qui a permis de déceler l'association de la tuberculose colique à une lésion tumorale chez une malade par ailleurs sans antécédents tuberculeux.

EXPLORATION CHIRURGICALE

L'exploration chirurgicale ne permet pas toujours de faire le diagnostic et doit être complétée par un examen histologique des lésions prélevées.

Dans notre observation, l'attention était attirée par la consistance molle des lésions coliques.

Pour GARBAY et LOYGUE la tuberculose ne se distingue en rien du cancer.

Elle provoque :

- une infiltration des mésos
- une hypertrophie ganglionnaire
- une réaction inflammatoire scléro-lipomateuse.

Parfois les ganglions mésocoliques ont un aspect macroscopique qui attire l'attention et ne semble pas néoplasique.

Mais souvent, en présence d'une tuberculose isolée du colon, l'atteinte ganglionnaire se révèle inconstante.

SOUPAULT, dans les deux cas de tuberculose du colon du transverse qu'il rapporte, ne note pas d'envahissement lymphatique.

QUENU, sur 10 cas de tuberculose iléo-caecale, ne signale qu'une fois

sur trois, l'atteinte du système lymphatique.

Quant aux granulations péritonéales, elles seraient un élément de valeur, elles semblent devoir être rares, en l'absence d'une tuberculose à diffusion péritonéale (cas de RHOADES, où il existait des granulations sur le péritoine).

oOo

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Le plus souvent les lésions tuberculeuses du colon sont ulcéreuses.

Parfois on rencontre des formes ulcéro-hypertrophiques avec un certain degré de sclérose et de fibro-lipomatose.

Dans notre cas, il s'agissait d'une hypertrophie de la muqueuse et de la sous-muqueuse avec prolifération polypoïde.

Sur le plan histologique, on retrouvait des lésions inflammatoires siégeant dans le chorion des glandes et dans la sous-muqueuse. Ces lésions étaient représentées par des formations nodulaires à centre nécrotique, d'aspect caséux. Bien que la nécrose fut limitée et l'aspect du caséum pas très typique, le diagnostic de tuberculose torpide fut retenu.

Mais on sait que d'autres étiologies peuvent donner des images qui simulent des lésions tuberculeuses :

1°) - la colite segmentaire

2°) - les réactions macrophagiques à corps étrangers qui peuvent donner des cellules géantes. Il s'agit d'histiocytes multinucléés rappelant les cellules de Langhans.

3°) - Enfin d'autres lésions inflammatoires peuvent simuler des follicules tuberculeux :

- . c'est le cas de la maladie de Besnier, Boek, Schoman, mais les follicules ne contiennent pas de nécrose caséuse.

- . ou de lésions très rares,

- lèpre tuberculoïde
- tularémie.

Au total, même le diagnostic histologique peut être difficile. Il faut ajouter que le traitement antituberculeux accentue les lésions de sclérose et que les follicules tuberculeux peuvent prendre des aspects atypiques

Nous retiendrons cependant, comme éléments de certitude diagnostique :

- la présence de formations folliculaires avec nécrose caséuse franche,
- l'existence de bacilles de Koch, retrouvés sur les lames, après Zeihl au niveau des lésions et dans les ganglions (cas de Seznec)

En conclusion de l'étude diagnostique il apparaît qu'il est difficile de faire la preuve étiologique d'une sténose colique.

Néanmoins sur le plan radiologique, on insistera en faveur de la nature tuberculeuse d'un rétrécissement du colon, sur :

- la limitation de la zone rétrécie (précisons que dans notre cas, il s'agissait vraisemblablement de lésions récentes).
- la souplesse des zones avoisinantes
- la bipolarité lésionnelle.

En sachant que ces caractères ne sont pas absolus.

Quant à l'exploration chirurgicale elle est fondamentale. C'est pourquoi

à notre avis, la laparotomie, avec biopsie des lésions, si celles-ci ne paraissent pas franchement néoplasiques, est indispensable.

Toutes les observations de tuberculose colique montrent qu'il s'agissait de malade opérés avec le diagnostic clinique et radiologique de cancer du colon transverse - qui s'était révélé être une lésion tuberculeuse à l'examen histologique.

A noter que dans un cas de SENEQUE, l'erreur fut inverse :

Il s'agissait d'un homme de 32 ans, sans passé pulmonaire important, chez lequel le diagnostic de tuberculose hypertrophique du caecum avait été porté. L'anatomie pathologique devait révéler adéno-carcinome.

EVOLUTION ET TRAITEMENT

Comme nous l'avons vu au chapitre diagnostic, il est le plus souvent extrêmement difficile d'affirmer la nature tuberculeuse d'une sténose colique (on ne peut compter sur la disparition des images sous l'action du traitement).

C'est pourquoi, avant de prendre toute décision thérapeutique, la laparotomie nous semble indispensable.

Elle permet :

- . de faire un bilan exact des lésions.
- . de rechercher des adénopathies (et d'en préciser l'aspect)
- . de préciser l'état du péritoine (granulations)
- . l'état du foie

Si là, ou les lésions coliques sont de consistance molle, si le rétrécissement de la lumière colique n'est pas complet, il ne faut pas faire de colectomie d'emblée (comme c'est le cas de toutes les observations que nous avons retrouvées) mais ouvrir l'intestin et faire une biopsie de la lésion, éventuellement un prélèvement ganglionnaire. Si la ou les sténoses coliques ne sont pas serrées on est autorisé à refermer l'intestin, et si la tuberculose est confirmée histologiquement mettre les malades au traitement médical.

Comme pour toute localisation tuberculeuse, le traitement sera mixte : Streptomycine, Isoniazide, PAS, à doses suffisantes. On peut éventuellement y associer le Trécator. Mais il faut insister sur le fait que dans ces formes on ne possède pas le germe. Tout au plus, pourra-t-on le colorer sur les prélèvements biochimiques et le plus souvent l'étude de la résistance du germe, fera défaut.

oOo

EVOLUTION CLINIQUE

Chez notre malade, le traitement poursuivi (Streptomycine, Isoniazide et P.A.S.) amena une amélioration remarquable. En un an elle avait repris 10 kgs. la température était redevenue normale, ainsi que la vitesse de sédimentation. Sur le plan fonctionnel, à noter la disparition des épisodes diarrhéiques puis la persistance d'une selle liquide par jour et enfin le retour à un transit digestif normal.

Dans le cas de LEPLAT (M.) la malade avait subi une colectomie droite. Un traitement d'Isoniazide et de Streptomycine fut poursuivi pendant plusieurs mois. Un mois après l'intervention, elle présenta un court épisode fébrile avec douleurs de l'hypocondre droit qui rétrocéda spontanément. Trois mois après elle avait pris 5 kgs. et avait un transit intestinal normal. La vitesse de sédimentation était améliorée.

Dans les deux cas de SEZNEC, les suites opératoires furent bonnes.

Dans un cas, un an après l'hémi-colectomie le malade était en bon état général, mais il fit un ramollissement cérébral. Dans l'autre cas les suites opératoires furent également bonnes, mais le malade eut un décollement de la rétine et la mort survint par collapsus brutal.

Telle est l'évolution clinique.

Mais il faut s'étendre plus longuement sur l'évolution radiologique.

Dans les cas de SEZNEC, les malades ont subi une héli-colectomie et le problème de l'évolution radiologique des lésions ne se pose pas.

Dans notre cas, les images radiologiques persistent inchangées.

Les examens radiologiques successifs faits régulièrement deux fois par an, montrèrent peu de modifications par rapport à l'examen initial.

En février 1962, soit après deux années de traitement, le lavement baryté montrait toujours, un bouleversement morphologique du colon transverse, à contours irréguliers, ayant perdu toute segmentation, et ayant à ses deux extrémités un rétrécissement régulier. Il y a donc un contraste entre l'amélioration clinique rapide et remarquable, et la persistance depuis trois ans de signes radiologiques pratiquement inchangés.

Ce fait a déjà été signalé par HILLEMAND, à propos d'un cas de tuberculose du grêle et par HARDOUIN dans d'autres cas.

Notre observation personnelle montre que les images lésionnelles n'ont pas disparu sous l'action du traitement anti-tuberculeux.

Ces images peuvent persister malgré la guérison clinique. Elles répondent vraisemblablement à du tissu fibreux, à une séquelle cicatricielle mais nous n'avons pas eu l'occasion de le vérifier et nous n'en avons pas trouvé la notion dans la littérature. En pratique la persistance du rétrécissement de la lumière colique impose une surveillance clinique et radiologique régulière étant donné la possibilité de crises occlusives.

C O N C L U S I O N S

1°) - Nous rapportons l'observation d'une femme de 49 ans, ayant des épisodes diarrhéiques depuis un an et chez laquelle l'examen radiologique a montré un double rétrécissement du colon transverse, un à l'angle hépatique l'autre à l'angle splénique (véritable lésion bipolaire).

2°) - Chez notre malade toute lésion tuberculeuse évolutive et tout antécédent tuberculeux faisait défaut.

3°) - La dualité de la lésion sténosante, la souplesse du colon dans les zones adjacentes au rétrécissement ont fait soupçonner l'étiologie tuberculeuse de ces lésions.

Mais ces caractères ne sont pas absolus et l'existence de cancers multiples du colon, d'association de lésions coliques tuberculeuses et néoplasiques rendent le problème diagnostique très difficile.

4°) - C'est pourquoi nous pensons que la laparotomie exploratrice avec biopsie des lésions coliques est indispensable avant d'entreprendre le traitement. En cas de lésion récente et de sténose incomplète ou peu serrée, on pourra ainsi comme dans notre cas, éviter une colectomie.

5°) - Le traitement médical est celui de toutes les lésions tuberculeuses. Il doit

être polyvalent, il sera poursuivi pendant au moins dix huit mois.

6°) - Notre observation montre que l'amélioration clinique est remarquable mais que (comme le fait déjà avoir été signalé antérieurement) les images radiologiques peuvent persister, inchangées. Ces constatations entraînent une surveillance clinique et radiologique régulière, longtemps poursuivie.

cOo

Vu, le Président de Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur JUSTIN-BESANCON

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BURDEL (E.) Le tubercule issu du cancer.
Bull. Acad. Med. 35, 463, 1870
- BURDEL (E.) Le cancer considéré comme source tuberculeuse
Paris Masson, 116, p. 1872
- BLAISET (P.) Evolution radiologique et clinique de la tuberculose intestinale depuis l'introduction des antibiotiques dans le traitement.
Mémoire pour le Certificat d'Et. Spec. d'Electro Radiologie
Paris 1957.
- CAIN (A.) et MONNEROT-DUMAINE.
Colites ulcéreuses tuberculeuses
Annales de Médecine. Tome XXV, n° 4, p. 360, 1929
- CACHERA Entérite tuberculeuse
Ency. Med. Chir. Tome II, 9060-1936
- DEPAULIS (J.) et SEZNEC (J.R.)
Sténose tuberculeuse du colon transverse
Bordeaux chir. fasc. p. 21-25, 1959
- DARNAUD (C.) Tuberculose fibreuse sténosante multiple des colons
Journal Rad. Elect. 1949, 30, n° 1 - 2 - 85 - 86
- DAUMERI (G.) LACQUET (A.) et VAN DEN BROUCKE (J.)
Un cas de tuberculose intestinale à sténoses multiples
Acta Gastro Entero. Belge 1955, 18, n° 3, 257-263
- DECOUL (X.) PARIS (J.), WEMEAU (L.) et BONTE (G.)
Tuberculose du sigmoïde fistulisée de la vessie
Arch. Mal. App. Dig. 1955, 44 n° 1, 110, 115
- GARBAY (M.) et LOYGUE (J.)
Tuberculose du gros intestin et de l'anus
Ann. Chi. 13, 175, 184, 1959
- HANCOCK (D.M.) Hyperplastic tuberculosis of the distal colon
Brit. Jour. Surg. 46, 63, 1958
- HILLEMAND (P.) CHERIGIE, HASS et BRENZARD
A propos de l'évolution de la tuberculose iléo-caecale et de la persistance des images radiologiques malgré la guérison clinique.
Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux de Paris n° 24 et 25
p. 818, 820, 1959

- HARDE (E.) and FOSCAE (P.)
Résistance des souris porteuses de tumeurs envers un bacille tuberculeux peu pathogène
Comp. Rend. Soc. Biol. 93, 83, 1925
- HARTMANN and RENAUD (M.)
Cancer et tuberculose du caecum
Compte rendu Soc. Biol. 10, 297, 1921
- HARDOUIN
Tuberculose intestinale.
E.M.C. 9060, A. 10, Tome I, 1959, n° 7
- LEPLAT (M.)
A propos d'une association de tuberculose et de carcinome du colon transverse.
Thèse Paris 1962, n° 526
- LAKAH (L.)
Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose iléo-caecale d'après trois cas traités par association de Streptomycine, P.A.S. et Isoniazide.
Thèse Paris 1957
- MICHAUD (P.) et MAYER (M.)
Tuberculose hypertrophique au niveau d'une ancienne anastomose iléo-colique.
Arch. Mal. Appl. Dig. 1953, 42, n° 4, 601-603
- QUENU (J.)
Notes sur la tuberculose du caecum et du colon d'après 10 cas opérés.
Acta. Chir. Hôpital Cochin 203 - 226, 1959
- RANDALL et SPALDING
Simultaneous Carcinoma and Tuberculosis of colon. Reports of case and review of literature
Bac. Jour. Surg. 33, 37, 13 75, 1949
- RHOADES (E.R.), KLEIN (L.J.) et WELSH (J.D.)
A case of probable tuberculosis of the distal colon
Gastro-entérology 38, 654, 58, 1960
- ROUX et CARCASSONE
Les cancers du colon
Masson Paris 1955
- RACHET (J.) DEBRAY (Ch.) BUSSON (A.)
Maladies de l'intestin et du péritoine
Flammarion p.378, 1 vol.
- SEZNEC (J.R.)
A propos de deux cas de tuberculose sténosante du colon transverse.
Thèse Bordeaux 1958, n° 186
- SAUBIER (E.) BURRY (P.)
Cancers multiples du colon
Ann. Chir. 1957.

- SHEINGELD (W.I.) Cancer du colon synchrones à origine multcentrique
New-York State Jour. Med. 48, n° 1, fasc. V, 48
- STENSTROM (J.D.) FORD (R.S.)
Cancer du colon. Analyse du mille cas en particulier de polypes
et de cancers multiples.
Ann. J. Surg. 88, n° 1, janvier 1954
- SENEQUE et CHATELIN A propos de 40 cas de cancer du colon
Jour. Chir. 73, 1, 1957
- SOUPAULT et BUCAILLE Tuberculose isolée du colon transverse
Arch. Mal. App. Dig. 43, 583-591, 1954
- TERQUEN, BARANGER, SEBOUK (S.) et BANZET (P.)
Un cas de cancer double du colon
Ann. des Mal. App. Dig. Tome 49, 1287-1292, 1960
- YOVANOVITCH (B.Y.) Cancer du colon droit. Etude statistique à propos de 63 cas
Lyon chir? 54, 22, 38, 1958

